DISSERTATION

N° 89.

SUR LA

PNEUMONIE ET LA GASTRO-ENTÉRITE

DES ENFANS NOUVEAU-NÉS :

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 avril 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J.-P. COGNY, de Luzy,

Département de la Nièvre ;

Ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris ; ex-Élève de l'École pratique.

Ars medica tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudeloque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Suppléant.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Devergie.	Ratheau.
Dubois.	Richard.
Dance.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Gage de tendresse et de piété filiale.

A MONSIEUR MARJOLIN,

MON MAÎTRE,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien du Roi par quartier; Chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon, etc., etc.

A MONSIEUR JADIOUX,

Docteur en médecine; Agrégé à la Faculté de médecine; Médecin du Bureau central; Membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc.

Témoignage du plus profond respect, de la plus vive reconnaissance et du plus sincère dévouement.

J.-P. COGNY.

PRÉFACE.

Le travail que j'ai fait lorsque j'étais interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, ayant obtenu les suffrages de MM. les examinateurs, et m'ayant mérité un prix, est destiné aujourd'hui à me fournir la matière et la substance de cette thèse inaugurale. D'un grand nombre d'observations recueillies alors, et d'autopsies faites sous les yeux de M. *Baron,* médecin en chef, il est résulté cette conclusion : *l'inflammation du poumon, l'inflammation de l'estomac et des intestins,* sont les deux causes de mort qui, soit qu'elles existent ensemble ou isolément, enlèvent le plus grand nombre des enfans qui périssent. Véritables fléaux dans nos salles, presque toujours, quand elles sont intenses, elles frappent à mort ceux qu'elles atteignent ; en sorte qu'on pourrait presque compter le nombre des malades par le nombre des victimes.

Je vais donc traiter de ces deux maladies, c'est-à-dire, en indiquer les causes, les symptômes, les caractères anatomiques et le traitement.

Puisse ce faible essai montrer à mes maîtres, à qui j'adresse mes sincères remercîmens, que j'ai retiré quelque fruit de leurs leçons, et leur laisser l'espoir que je pourrai servir utilement l'humanité; ce fut toujours l'objet de mes

travaux et de mes vœux! L'instruction que j'ai puisée dans les hôpitaux, si j'en ai quelque peu, n'a de prix pour moi que parce qu'elle sera destinée à soulager mes semblables; et le peu de connaissances que j'ai acquises ne servent à mon esprit que parce qu'à son tour mon esprit pourra servir mon cœur.

Quant à cette dissertation, elle est sans doute fort incomplète, et j'aurais pu, bien certainement, lui donner un plus grand développement; mais j'ai été obligé, par des motifs particuliers, d'en restreindre de beaucoup les limites. On n'y trouvera non plus presque pas de citations, par une raison toute simple, c'est qu'aucun médecin, tant ancien que moderne, n'a traité *ex-professo* des deux maladies dont je parle, ensorte que je n'ai rien trouvé dans leurs ouvrages qui pût être appréciable à mon sujet.

DISSERTATION

SUR LA

PNEUMONIE ET LA GASTRO-ENTÉRITE

DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

La pneumonie est l'inflammation du poumon.

Cause. Cette maladie est beaucoup plus fréquente en hiver que dans toute autre saison, comme je l'ai constaté par le tableau synoptique que j'ai fait aux Enfans-Trouvés à la fin de chaque trimestre. Ainsi le froid permanent ou le passage subit du chaud au froid doivent en être regardés comme la cause déterminante.

Siége de la maladie. L'expérience prouve que c'est presque toujours le poumon droit qui est affecté ; cette fréquence d'affection est telle que, sur trente pneumonies, par exemple, vingt-neuf existeront à droite, et si le poumon gauche est malade en même temps, le droit le sera toujours davantage. On a été porté naturellement à se demander la cause de cette différence. Il a été reconnu qu'elle était due à la position de l'enfant, qu'on est dans l'habitude, à l'hospice, de coucher toujours sur le côté droit. En effet, on avait déjà observé, et j'ai observé moi-même sur plusieurs enfans, qu'en les faisant reposer sur le côté gauche, lorsqu'ils mouraient de pneumonie, c'était le poumon gauche qui était affecté. On voit donc ici l'accomplissement d'un phénomène physique dans l'économie animale, et la preuve de l'influence des lois de la pesanteur à cet âge où les forces de la vie, encore peu développées, ne sont point assez puissantes pour en neutraliser l'action ; et elles le seront d'autant moins que le nouveau-

né sera d'ailleurs d'une constitution plus faible, ou soumis à des causes débilitantes qui le rendront moins capable de résister à l'empire des lois physiques.

Quoique très-fréquente, la pneumonie n'est cependant pas, comme on pourrait le croire, très-facile à diagnostiquer chez l'enfant nouveau-né. Ici on chercherait en vain cette foule de symptômes sympathiques qu'elle suscite ordinairement chez l'adulte, tels que chaleur halitueuse, pouls plein et fort, rougeur diffuse ou par plaques sur les joues, toux, expectoration sanguine ou visqueuse, etc.; tout cela manque ordinairement. Enfin, pour les signes locaux et pathognomoniques, la percussion et l'auscultation médiate n'offrent pas des secours aussi certains qu'à une autre époque de la vie. D'abord, quant à la dernière, parce que l'emploi en est difficile, à cause des mouvemens et des cris de l'enfant, qui nuisent nécessairement à l'exploration de la poitrine; et, en second lieu, parce qu'à cet âge la respiration dans l'état de santé se faisant bien entendre, et ayant le caractère éminemment puéril, il sera difficile d'apprécier une pneumonie partielle de peu d'étendue, qui se trouvera masquée par le bruit de l'air pénétrant dans les parties voisines de l'engorgement.

Enfin, quelquefois des poitrines qui, percutées à diverses reprises, avaient paru rendre un son mat d'un ou des deux côtés, ont été trouvées saines à la mort de l'enfant; et, plus souvent encore, des nouveau-nés sont morts de pneumonie, dont la percussion n'avait pas révélé l'existence. Quant à l'auscultation médiate, outre l'erreur à laquelle j'ai dit qu'elle pouvait donner lieu, elle a été pour moi en deux occasions la source d'un autre genre de méprise. Deux enfans, sur lesquels j'employais le stéthoscope, s'étant mis à crier, leurs petits cris aigus semblaient parvenir à mon oreille en traversant le tube du cylindre, comme dans la pectoriloquie, et cependant on n'entendait pas la respiration de ce côté; à la mort, je trouvai le poumon que j'avais exploré complètement hépatisé (1). Il paraît que dans ce cas

(1) Le premier des deux faits que je rapporte a été observé au commencement

le poumon hépatisé sert lui-même de conducteur, comme corps solide, au bruit de l'air arrivant dans les gros tuyaux bronchiques, et prolonge, pour ainsi dire, le stéthoscope dans l'intérieur de la poitrine.

Au demeurant, le son mat ou obscur de la poitrine est un des signes les plus précieux de la pneumonie. C'est ordinairement en arrière que ce résultat est le plus marqué, et ordinairement aussi un seul côté le présente. Je pratique cette percussion avec la pulpe du doigt; souvent un seul doigt suffit, en le faisant frapper d'un coup sec comme un ressort qu'on débande; elle n'a aucun inconvénient, et ne doit pas être douloureuse. J'ai à peine besoin de dire que l'auscultation médiate ou immédiate fera entendre, comme chez l'adulte, le râle crépitant, et, à une période plus avancée de la maladie, l'absence complète du bruit respiratoire. A ces signes se joint assez souvent la dyspnée; la respiration est courte et fréquente, plus costale qu'abdominale, bien entendu quand il n'y a pas complication avec la pleurésie; car, dans ce cas-là, le contraire aurait lieu. Du reste, cette difficulté de respirer est très-variable dans ses degrés comme dans sa durée; souvent peu sensible, elle est quelquefois portée très-loin; d'autres fois elle survient, puis disparaît, et laisse le petit malade dans une alternative de calme et de tourment. Quelquefois il paraît comme accablé, assoupi; sa voix est faible, et s'il crie quand on l'agite, ce n'est plus qu'une espèce de sifflement particulier, et qu'il faut avoir entendu pour s'en faire une idée juste; c'est le cri qu'on a regardé comme propre à l'induration du tissu graisseux. La toux est un symptôme rare. Quelquefois, en prenant l'enfant par les côtés pour le soulever, on entend et l'on sent même une espèce de râle muqueux produit

---

de 1823, et consigné sur mon registre particulier d'observations. Dans le courant de la même année, M. le professeur *Cruveilhier*, dans sa dissertation publique sur la pneumonie, a indiqué qu'il avait déjà observé un phénomène analogue chez l'adulte; il en a donné l'explication que je rapporte. Le second cas que je cite a été observé, à la fin de l'année, sur un enfant de quatre mois.

par la difficulté qu'éprouve l'air à traverser les tuyaux bronchiques, en même temps une bave écumeuse sort de la bouche par les commissures labiales, et coule sur le menton; mais ces signes sont loin d'être constans.

Quant à l'état du pouls, il est presque inutile de chercher à l'apprécier, d'abord, parce que l'exploration de l'artère est difficile, elle est même impossible quand à la pneumonie se joint l'endurcissement du tissu cellulaire (ce qui est très-fréquent); mais, en supposant qu'elle soit accessible au toucher, il ne faut pas s'attendre à trouver ici le pouls de la pneumonie. Non; et ce serait se tromper que de vouloir chercher dans le pouls d'un enfant nouveau-né, je ne dirai pas les nuances et les modifications, mais même les conditions et les caractères fondamentaux que lui impriment chez l'adulte les différentes maladies qu'il sert à caractériser. La seule notion que vous obtiendrez de l'exploration du pouls se tirera de la fréquence de ses battemens; mais comme à cet âge ceux-ci sont naturellement très-nombreux, il faudra une main bien exercée pour apprécier les changemens que l'état de maladie peut apporter dans leur vitesse.

L'endurcissement du tissu cellulaire établit moins un signe qu'une prévention pour l'existence de la pneumonie, avec laquelle il s'allie fréquemment.

Enfin, à tout ce que j'ai dit il faut bien joindre ce que l'on nomme le *coup-d'œil* ou *tact médical*, fruit de l'expérience, et à la faveur duquel le médecin qui a l'habitude de voir chaque jour un grand nombre d'enfans, dans quelques cas devine plutôt qu'il ne diagnostique réellement une maladie. C'est ainsi qu'à mon entrée à l'hospice des Enfans-Trouvés j'ai vu plusieurs fois M. *Baron*, mon maître, m'annoncer des maladies dont je ne me doutais pas.

Prognostic. La pneumonie, considérée en général chez les nouveau-nés, est ordinairement funeste. L'expérience est la base de ce prognostic; mais vouloir prognostiquer sur une pneumonie en particulier, c'est, à mes yeux, porter un jugement hasardé et souvent té-

méraire. Comment, en effet, pouvoir prognostiquer sur une maladie dont on ignore les prodromes, l'invasion, le stade, la terminaison, sur une maladie dont on ne peut suivre la marche et les périodes ; en sorte que, ne sachant pas ordinairement à quel point elle en est, on ne sait pas, par conséquent, le moment où elle est encore accessible au secours de l'art, et celui où elle cesse de l'être. Nombre de fois j'ai vu des enfans atteints de pneumonie m'offrir tous les symptômes de l'agonie et d'une mort prochaine; puis, au bout d'une heure ou d'une demi-heure, sortir de cette espèce d'asphyxie, faire entendre des cris, et se trouver dans un état si différent du premier, que souvent j'avais peine à les reconnaître pour ceux qu'un instant auparavant j'avais craint de voir expirer. D'autres fois, par un contraste vraiment pénible, des enfans dont rien n'annonçait la fin prochaine étaient frappés de mort subite, et laissaient dans l'étonnement le médecin, qui, à sa visite, croyait les trouver dans leur berceau.

Quel signe dès-lors assez certain pour servir d'élément à un prognostic, lorsque tantôt la nature nous dérobe ses actes et ses mouvemens, et que d'autres fois, plus insidieuse, elle les déguise, et semble alors ne se montrer que pour se cacher davantage ?

Ce que je dis ici de la pneumonie, et ce qui, en effet, lui appartient plus spécialement, peut encore s'appliquer aux autres affections ; en sorte qu'il résulte pour moi que le prognostic sur les maladies des nouveau-nés ne doit être porté qu'avec beaucoup de réserve et de circonspection.

Durée. La durée de la pneumonie est variable, selon l'intensité de la maladie, sa complication avec l'endurcissement du tissu cellulaire, la force ou la faiblesse du sujet, etc. : elle est ordinairement de deux à sept jours ; mais il est, du reste, difficile d'en assigner au juste les limites, parce qu'on ignore presque toujours le moment de l'invasion. En général, on peut dire que sa marche est prompte et rapide, au moins relativement à l'autre maladie qui, avec elle, fait le plus de victimes ; je veux dire la gastro-entérite, qui souvent, prenant un caractère chro-

nique, dénature la constitution de l'enfant, et le conduit au tombeau par l'épuisement et le marasme. La raison de cette différence est que la pneumonie attaquant les organes chargés des fonctions, sans contredit, les plus importantes de toutes chez le nouveau-né, c'est-à-dire la respiration, et par suite la circulation, leur lésion, pour peu qu'elle soit intense, doit amener promptement la mort.

J'ai vu des enfans mourir le troisième et le deuxième jour de leur naissance, offrir les deux poumons complètement hépatisés et se précipitant en masse au fond de l'eau; mais, dans ce cas, je ne pense pas que l'on puisse dire qu'il y ait eu pneumonie. Comment concevoir qu'une inflammation puisse, en si peu de temps, altérer ainsi des organes? Je pense que cet état tient réellement à ce qu'au moment de la naissance, le poumon étant resté dur, compacte, imperméable à l'air, la respiration ne s'est jamais bien établie, et l'enfant est mort d'une véritable asphyxie par débilité ou atonie des puissances inspiratrices; ce qui prouve combien seraient illusoires, si elles étaient prises exclusivement, les indications que l'on veut tirer de la pesanteur spécifique des poumons, selon qu'ils surnagent ou se précipitent au fond de l'eau, dans l'intention de déterminer si l'enfant auquel ils appartiennent a respiré ou non.

Traitement. Le traitement de la pneumonie se compose de moyens internes et externes, tous employés à remplir une médication antiphlogistique ou révulsive. Ainsi les tisanes d'orge, de gomme, de guimauve, de violettes seules ou coupées avec du lait, et édulcorées avec le sirop de miel, de sucre, de gomme, de guimauve, etc.; les fomentations et les cataplasmes émolliens appliqués sur le côté; lorsque la dyspnée est considérable, de petits vésicatoires à la poitrine, des sinapismes promenés sur les membres inférieurs, opèrent une révulsion salutaire. Pour ce qui est des émissions sanguines, la saignée locale, la seule praticable à cet âge, doit être employée avec beaucoup de réserve. Nous avons observé que son emploi était souvent plus nuisible que favorable. La perte de sang occasionnée

par l'application de trois ou de deux sangsues, selon l'âge du malade, jetait l'enfant dans un état de faiblesse qui paraissait accélérer la mort. Pour que cette application fût utile, il faudrait qu'elle fût faite au début même de la maladie ; mais c'est justement ce moment qu'il est difficile de connaître. Appliquées plus tard, impuissantes contre la violence ou l'intensité du mal, elles ôtent à la nature le peu de forces qui lui restaient pour y résister. Dans quelques cas, cependant, une ou deux sangsues sur le côté malade opèrent un dégorgement salutaire. Mais ces cas sont assez rares, et M. *Baron*, très-habile à saisir une indication, a presque renoncé à l'emploi de ce moyen.

Caractères anatomiques. La première remarque qui se présente de suite à l'esprit quand on a fait quelques autopsies d'enfans morts de pneumonie, est relative, comme je l'ai déjà dit, à la fréquence de l'affection du poumon droit. Ce poumon est quelquefois hépatisé en entier ; le plus souvent il l'est dans ses trois quarts postérieurs, et son quart antérieur est sain.

Une autre observation à noter, c'est qu'on trouve souvent le sommet du poumon hépatisé en partie ou en totalité, et que ce sommet, ainsi que les autres parties de l'organe engorgé, portent quelquefois à leur surface l'empreinte des côtes correspondantes. Ces deux particularités s'observent rarement chez l'adulte ; quelques médecins nient même la possibilité de la dernière.

La pneumonie, sous le rapport de ses caractères anatomiques, présente trois degrés bien tranchés et faciles à saisir.

Dans le premier, le poumon, engorgé d'un sang noir, offre extérieurement une couleur livide ou brunâtre. Si on le presse entre les doigts, on n'y entend plus de crépitation dans la plus grande partie de son étendue ; et dans les points où elle existe encore, elle est plus obscure que dans l'état naturel : ce poumon se déchire, s'écrase et se réduit en une espèce de bouillie couleur lie de vin. Si, au lieu de le comprimer ainsi, on l'incise avec l'instrument tranchant, il coule de la surface des incisions une grande quantité d'un sang noirâtre,

spumeux et trouble; et parmi les portions divisées, les unes se précipitent au fond de l'eau et les autres surnagent, mais non d'une manière franche. Ce poumon, dans cet état, offre l'apparence et le tissu de la rate; on pourrait donc nommer ce premier degré splénisation du poumon ou bien engouement du poumon. On le rencontre presque toujours chez les enfans affectés d'endurcissement du tissu cellulaire.

Dans le deuxième degré, le poumon, moins livide à l'extérieur, mais plus ferme, plus consistant que dans le premier degré, ne crépite plus du tout. Si on le coupe par morceaux, il ne suinte rien de la surface des incisions; seulement, si on racle avec le scalpel, on en extrait une sérosité trouble et épaisse, mêlée quelquefois de matière jaunâtre. Si on examine la surface des parties incisées, on voit qu'elles ne présentent plus rien de cellulaire, mais qu'elle est granulée ou formée de petits grains rouges. Le parenchyme pulmonaire est par conséquent devenu analogue à celui du foie; d'où vient qu'on a donné à ce degré de la maladie le nom d'*hépatisation du poumon*. Chaque partie du poumon, et souvent le poumon en entier lui-même se précipite au fond de l'eau comme si c'était un morceau de foie. Cet état d'un poumon ainsi hépatisé est une preuve irréfragable de l'existence d'une inflammation cause de mort; il n'en est pas de même de celui du premier degré, où l'engorgement inflammatoire est dans quelques cas difficile à distinguer de l'engouement sanguin, phénomène de l'agonie, de l'engorgement cadavérique, ou par stase du sang dans les tissus.

Dans le troisième degré, le poumon, en conservant les mêmes caractères de dureté et de granulation dont je viens de parler, a une couleur pâle, jaunâtre ou grise; et, si on le comprime entre les doigts après l'avoir divisé, on en exprime une matière opaque, un mucus purulent, d'une odeur et d'une saveur fades. Cette espèce de suppuration du poumon est très-rare chez les nouveau-nés, sans doute parce que la mort arrive avant qu'elle ait le temps de se former. Quant aux foyers purulens ou vomiques, je n'en ai jamais rencontré

hors le cas de ramollissement tuberculeux, et je n'ai trouvé cette dernière altération que chez des enfans déjà âgés de quelques mois. MM. *Baron* et *Breschet* m'ont dit également ne l'avoir jamais rencontrée chez les tout jeunes enfans, c'est-à-dire, âgés de quelques jours et même de plusieurs semaines.

A ces altérations, caractères essentiels de la pneumonie qui les produit, il faut en ajouter une qui, quoique infiniment moins fréquente, se rencontre cependant quelquefois; je veux dire la dilatation des tuyaux bronchiques qui ont doublé et même triplé de volume, de manière qu'on peut les suivre jusque près de leur terminaison. C'est dans les cas de splénisation du poumon, ou plutôt, comme les appelle M. le docteur *Guersent*, de pneumonie latente qu'on observe cette disposition. Est-ce qu'elle serait due à ce que, chez l'enfant, où les tissus sont plus mous, plus susceptibles de se prêter aux agens de dilatation, ce serait l'air inspiré qui produirait ces effets? L'action du thorax pour dilater le poumon serait-elle suffisante pour appeler l'air avec assez de force pour qu'il pût déterminer cet élargissement des bronches? Du reste, quelle qu'en soit l'explication, c'est un fait que je signale.

DE LA GASTRO-ENTÉRITE DES NOUVEAU-NÉS.

La gastro-entérite est l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. De toutes les maladies qui peuvent sévir contre les nouveau-nés, il n'en est point de plus fréquentes, ni de plus meurtrières; elle attaque les enfans à tous les âges, dans toutes les saisons, à toutes les températures, soit qu'elle existe comme complication ou comme maladie primitive. Qui peut donc appeler, dans de si jeunes organes, cette inflammation si étendue, si rapide, et si funeste? Nous allons trouver la cause de cette fréquence de la maladie dans la permanence même des causes qui la produisent.

Je divise ces causes en *organiques* et *physiques;* je nomme causes organiques celles qui résultent de l'état particulier d'un organe ou d'un

système d'organes. Ainsi, dans l'enfant nouveau-né, je vois des fonctions digestives extrêmement énergiques, une sensibilité et une contractilité qui, neuves encore, jouissent de toute leur délicatesse première ; or, cette action vive et soutenue d'organes digestifs très-délicats donne déjà une idée de la fréquence de leur altération, puisque, règle générale, plus un organe s'exerce, plus il est disposé aux maladies qui ne sont que des dérangemens de son action.

Les causes physiques sont tous les matériaux de l'hygiène, dès l'instant qu'ils cessent d'être en rapport avec l'état des organes auxquels ils s'appliquent ; et, parmi ceux-ci, l'aliment tient le premier rang pour le cas qui m'occupe. Le seul aliment qui puisse convenir à l'enfant nouveau-né, c'est le lait de la mère ou celui d'une nourrice, quoi qu'en puisse dire *Baldini* dans son petit ouvrage sur la manière d'allaiter les enfans. Ainsi, la privation du lait maternel, de cet aliment par excellence que la nature destinait à l'enfant, et qu'elle avait préparé pour lui dans le sein de sa mère, puis la mauvaise qualité des alimens qu'on lui substitue, et enfin, le mode vicieux dans l'emploi de ces moyens succédanés, telles sont les principales causes de l'inflammation des organes digestifs.

C'est surtout sous le rapport du mode d'alimentation que la méthode suivie aux Enfans - Trouvés me paraît mauvaise. D'abord, l'enfant est nourri à la cuillière, et il devrait l'être au biberon ; la différence qui doit résulter de ces deux manières d'alimenter n'est certainement point illusoire.

Dans la première, on fait avaler des cuillerées de boisson à l'enfant, qui, passif dans cet acte, n'y contribue que par un mouvement de déglutition ; joignez à cela, qu'avec le lait qu'on lui présente il avale une grande quantité d'air, qui non-seulement produit des éructations, des douleurs par la distension de l'estomac, le regorgement des liquides avalés, mais encore tous les désordres que causent les vents, s'il faut en croire *Underwood*, tels que des insomnies, des soubresauts, des hoquets, des vomissemens, des selles spontanées et des convulsions.

Dans la deuxième, au contraire, c'est-à-dire par le biberon, l'enfant est seul actif; il règle lui-même la dose du liquide qu'il exprime à volonté, en sorte qu'il peut à son gré l'augmenter ou la diminuer, l'accélérer ou la ralentir. Ce liquide, comme dans le premier cas, n'est plus seulement avalé par un simple mouvement de déglutition, mais déjà il éprouve dans la bouche un commencement d'animalisation par son mélange avec le mucus et avec la salive, dont la présence détermine la sécrétion.

Ces différences dans le mode d'alimentation, très-réelles par tout, ne sont nulle part plus sensibles qu'à l'hospice des Enfans-Trouvés. Là, des filles de service trop peu nombreuses, et toujours pressées par le temps, entonnent coup sur coup plusieurs cuillerées de lait ou de fécule dans la bouche des enfans, qu'elles se hâtent de rassasier; et comme à cet âge l'instinct est tout entier porté vers l'aliment, l'enfant se laisse gorger de nourriture; et si l'estomac, irrité par la masse qui l'opprime, ne s'en débarasse par le vomissement, l'inflammation du canal digestif sera la suite évidente du travail morbide, produit d'une digestion toujours incomplète et difficile.

Joignez à cela que les filles de service de l'hospice, ayant ordinairement une heure fixée pour l'alimentation, donnent en même temps et en même quantité le lait à tous les enfans d'un même rang, comme si le besoin de l'un concordait juste avec celui de l'autre, et devait être satisfait dans la même proportion; et encore, comme si l'état de maladie ne devait pas apporter des différences notables dans le régime.

D'autres fois on intervertit cet ordre, et parce qu'un enfant pousse des cris aigus, qui sont l'expression de la souffrance, on dit qu'il est criard; et pour l'apaiser, on court le gorger de nourriture, dont la digestion pénible entraîne le sommeil, mais un sommeil forcé et morbide, et non le sommeil salutaire et réparateur de la santé. Dans le même temps et par un contraste vraiment pénible, pendant que l'estomac de l'un est chargé d'alimens, son voisin endure la faim, parce que, plus calme, il n'a point appelé sur lui l'attention en donnant des

signes bruyans de douleur. Il n'est point rare alors, en entrant dans les salles, de voir ces petits enfans sucer leurs couvertures, ou téter leurs doigts comme pour en exprimer l'aliment qu'ils désirent. On conçoit que cette manœuvre, par laquelle l'enfant, trompant sa faim, semble goûter en illusion les douceurs d'un lait réparateur, devient réellement pour lui une source de fatigue et d'épuissement.

Ainsi, excès ou privation des alimens, telles sont les deux causes qui, contraires en elle-mêmes, se touchent par leurs effets, et concourent à produire cette inflammation des organes digestifs qui, dénaturant la constitution de l'enfant, le conduit au marasme et à la mort. Lorsque celle-ci arrive par l'action de la première, comme c'est le plus ordinaire, on trouve l'estomac très-dilaté, souvent rempli de matière caseuse de la grosseur d'une noix, prise en masse, et sentant l'aigre.

Lorsque c'est par l'effet de la seconde, l'estomac est fort contracté, au point de n'avoir souvent que le volume d'un intestin grêle ordinaire. Ces deux états, du reste, se trouvent associés à d'autres altérations dont je parlerai plus tard.

Il n'est donc plus difficile de concevoir comment des causes morbifiques aussi puissantes peuvent déterminer l'affection d'un organe déjà disposé à s'enflammer, et cela d'autant plus promptement et d'autant plus sûrement que l'individu qui les éprouve est d'ailleurs exposé à l'activité malfaisante d'autres agens délétères.

En notant ces réflexions, dont je me suis souvent entretenu avec M. *Baron*, médecin aussi savant que philanthrope généreux, je ne crains pas certainement que l'on se méprenne sur le véritable objet de ma pensée; loin de moi l'intention de vouloir critiquer l'administration intérieure de la maison où j'ai été employé en qualité d'interne. Comme médecin, j'ai dû naturellement rechercher les causes de la maladie que j'ai étudiée, comme telles je les signale à des médecins, reconnaissant toutefois que ce sont des inconvéniens inséparables des grandes réunions, inconvéniens qu'il est plus facile de reconnaître que de corriger.

Symptômes, marche et durée. Au moment où la gastro-entérite commence, rien ne peut révéler au médecin l'invasion d'une maladie qu'il pourrait peut-être alors attaquer avec succès. Peut-être trouvera-t-il un peu de chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, la langue rouge et parfois couverte de muguet; mais ces symptômes sont trop équivoques pour qu'à leur faveur on puisse porter un jugement certain; et s'il arrive alors que le médecin diagnostique la maladie, c'est moins sans doute par la solidité des signes qui la caractérisent qu'en vertu de la prévention dont la fréquence de la maladie a d'avance imbu son esprit. Cette série de symptômes sympathiques qui, chez l'adulte, en forment les prodrômes, tels que, douleur sus-orbitaire, soif, anorexie, frissons, chaleur insolite, tristesse, anxiété, contusion des membres, tout cela manque chez le nouveau-né. Quoique mobile sous l'empire des sympathies, l'organe ne les dénonce que tardivement, ou plutôt son jeu n'est pas assez palpable pour que nous l'apercevions aussitôt qu'il commence; plus tard, lorsque l'inflammation aura augmenté d'étendue ou d'intensité, qu'elle aura produit sur les organes une impression plus profonde, des symptômes plus prononcés viennent nous l'annoncer, et nous la reconnaissons aux traits suivans : vomissemens des boissons; ventre tendu, ballonné, quelquefois sensible au toucher; diarrhée muqueuse ou verdâtre, fétide ou inodore; langue rouge et sèche à la pointe et sur les bords; le doigt introduit dans la bouche y éprouve une chaleur brûlante; pouls petit et fréquent, face altérée, exprimant la souffrance; cris faibles et aigus, état de malaise et d'abattement. La maladie arrivée à ce degré, ou elle se termine promptement en suivant sa marche aiguë, ou elle passe à l'état chronique. Dans le premier cas, par l'aggravement de tous les symptômes, l'enfant tombe bientôt dans une faiblesse extrême; la langue, qui n'était que rouge, prend une couleur ordinairement bleuâtre; elle se couvre de muguet, qui commence assez souvent, dans ce cas, par la partie la plus reculée de cet organe. Il n'y a qu'un moment, l'enfant faisait encore entendre des cris plaintifs, maintenant il voudrait crier, mais il n'en a plus la force; il ouvre à chaque instant la bouche comme

pour exprimer un trait de douleur, mais son cri expire sur ses lèvres et semble avorter. Cette grimace particulière, caractérisée par le froncement de la peau du nez et la divergence des commissures labiales, est l'indice d'une grande souffrance des organes abdominaux ; et quand elle est long-temps répétée, elle imprime sur la face de l'enfant le sillon que M. *Jadelot* appelle *naso-buccal*. Enfin, par la violence du mal qui l'opprime, l'enfant n'exécute plus de mouvemens, les extrémités sont froides, le pouls et la respiration insensibles ; il est agonisant. Souvent alors on voit sortir de la bouche et couler sur le menton une mucosité jaune ou verdâtre, que l'on a prise pour de la matière fécale, mais qui n'est, le plus souvent, que le liquide venant des premières voies et mélangé avec la bile. Après une agonie plus ou moins longue, mais toujours calme et tranquille, l'enfant s'éteint sans secousses, sans crises et sans convulsions, et souvent le moment qui termine la vie est si peu sensible, que déjà l'enfant est mort depuis quelques heures, qu'on croirait encore qu'il est endormi.

Mais si, comme c'est le plus ordinaire, la maladie prend un caractère chronique, les symptômes d'irritation sont moins prononcés, quelquefois presque nuls ; mais la constitution de l'enfant se détériore, il tombe progressivement dans un état de maigreur et d'abattement. Le ventre est ballonné, tendu, quelquefois affaissé ; la diarrhée est abondante, et se compose de selles muqueuses ou mêlées de grumeaux d'un vert porracé ; la face est pâle, grippée ; les cris faibles et languissans ; la peau, d'une couleur terreuse, semble collée sur les muscles. L'épuisement faisant des progrès par l'atteinte portée à la nutrition et par les déperditions qui se succèdent, le malade est bientôt réduit au marasme le plus complet, et remarquable surtout à la face. L'enfoncement des yeux dans les orbites, la saillie des pommettes, la concavité des joues décharnées, et le rapprochement des deux mâchoires par le défaut de dents, donnent vraiment au nouveau-né l'air d'un petit vieillard ; et quant à cette inflammation chronique des voies digestives se joint l'inflammation puriforme de la conjonctive, les bourrelets saillans que font les paupières œdématiées et distendues par le

pus qui s'amasse entre elles et le globe de l'œil, ajoutent encore à l'aspect repoussant du malade, en formant un relief affreux sur une figure décrépite et souvent inondée par la matière purulente qui s'échappe des commissures palpébrales. Enfin, la mort arrive après un temps plus ou moins long, mais moins par l'intensité ou l'étendue du mal local que par l'atteinte profonde portée aux organes digestifs par défaut de nutrition et par épuisement du principe de vie.

Traitement. Le traitement de cette maladie est hygiénique ou pharmaceutique. Le premier consiste à soustraire l'enfant aux causes productrices de la maladie, par conséquent à rendre à l'allaitement naturel celui qui en était privé. Le lait salutaire et réparateur d'une bonne nourrice, donné avec mesure, console les organes digestifs, irrités par une nourriture trop abondante ou malsaine : aussi, à l'hospice, M. *Baron* envoie-t-il le plus d'enfans qu'il peut aux nourrices sédentaires ; mais malheureusement le défaut de ces dernières empêche souvent de mettre à profit ce moyen éminemment hygiénique, et force de garder à l'infirmerie des enfans dont il n'est que trop facile de prévoir le sort futur.

A défaut de nourrice, on emploie ordinairement le lait de vache, que l'on coupe avec l'eau d'orge ou de gruau. On devra mettre beaucoup de précaution pour substanter le petit enfant malade ; ainsi, comme je l'ai déjà dit, il faudra se servir du biberon, soit de celui proposé par *Baldini* ou de tout autre. Le même auteur recommande, pendant le premier mois, de ne présenter le lait au nouveau-né que toutes les deux heures, à la dose d'une once chaque fois ; au deuxième mois, en donner une once et demie, et deux onces au troisième mois. Ces soins, tout simples qu'ils sont, ne peuvent être exécutés à l'hospice, où l'on donne le lait à la cuillère, en trop grande quantité à la fois, et pas assez souvent. Les enfans ne peuvent pas non plus être isolés les uns des autres, et par conséquent soustraits à l'influence d'un air méphytique qui semble doué d'une sorte de spécificité pour produire l'inflammation des membranes muqueuses.

Le traitement pharmaceutique se compose de moyens antiphlogistiques et révulsifs. Parmi les premiers, nous nous voyons presque forcés de renoncer au principal remède, dont on se sert chez l'adulte, je veux dire la saignée locale. Chez ce dernier, l'inflammation se circonscrit, affecte un point déterminé du tube digestif, et c'est sur ce point que nous appliquons le remède. Chez l'enfant, au contraire, cette aptitude de toute la membrane muqueuse à s'enflammer fait que, lorsque nous voulons agir, nous sommes effrayés par l'étendue du mal, et nous désespérons de la réussite de nos moyens. Cependant, sur un enfant fort et vigoureux, et au début même de la maladie, nul doute que deux ou trois sangsues à l'épigastre n'opèrent un dégorgement favorable. En général, chez un enfant d'une force moyenne, on peut porter la saignée à une once, une once et demie, peut-être deux onces : mais lorsqu'on a obtenu cette quantité de sang, il est prudent de l'arrêter sans délai. J'ai dit que cette évacuation sanguine devait être faite au commencement même de la maladie, car, plus tard, impuissante contre l'étendue ou l'intensité du mal local, elle ôte à la nature le peu de forces qui lui restent pour y résister, et accélère la mort du malade, exténué par la perte de son sang.

Pour boissons on donne des tisanes émollientes, l'eau d'orge, de gomme, de guimauve, de riz, la décoction blanche, etc.

On prescrit encore avec beaucoup d'avantage de petits lavemens d'eau de son, de guimauve, d'amidon, surtout dans le commencement, où l'enfant est constipé; le lavement a l'avantage de faire entrer dans l'économie une certaine quantité de principes émolliens, chose qui n'est pas indifférente, vu le peu de moyens curatifs qui sont à notre disposition. Je pense que, dans certains cas, lorsque, par exemple, la diarrhée est considérable, il serait très-avantageux d'associer à ces clystères anodins l'opium gommeux à doses infiniment petites; en assoupissant, si je puis m'exprimer ainsi, les nerfs intestinaux comme tous les autres nerfs, on calmerait l'irritation déjà existante, en même temps qu'on s'opposerait à une irritation nouvelle.

Topiques. La peau, cette membrane si perméable à cet âge, pourvue de tant de nerfs, et entretenant avec tous les organes des relations si intimes, la peau me paraît la voie la plus directe et la plus sûre, soit pour faire pénétrer des médicamens, soit pour déplacer une irritation intérieure. La membrane muqueuse est si délicate et si sensible, qu'on doit toujours craindre de l'irriter, et que les boissons adoucissantes, si elles sont données sans réserve et outre mesure, surchargent, irritent quelquefois l'organe qu'elles devraient lubréfier. La médecine, à proprement parler, doit donc être, chez les enfans, une médecine extérieure, iatraleptique. Ainsi, les cataplasmes anodins, les fomentations émollientes dont on couvre l'abdomen, et qu'on a soin d'entretenir toujours chaudes, sont un excellent moyen; c'est une espèce de bain local permanent. Quant au bain entier, on ne peut pas en généraliser l'emploi à l'hospice, faute d'un nombre suffisant d'infirmières; mais il doit être placé au premier rang sous le rapport de l'efficacité dans la maladie dont je parle. L'action émolliente du bain, appliquée à la surface de la peau, se répète sur la membrane muqueuse; la douce excitation que détermine le calorique sur toute l'étendue de la peau provoque la sueur, et produit une dérivation puissante dont on ne peut graduer l'intensité. Enfin, et surtout quand la maladie prend un caractère chronique, des sinapismes promenés sur les membres inférieurs, de petits vésicatoires aux cuisses peuvent produire une révulsion salutaire.

L'autopsie prouve qu'il n'existe pas de vers dans le tube digestif des enfans nouveau-nés. On doit, par conséquent, s'abstenir de médicamens qui auraient pour but leur expulsion, c'est-à-dire des purgatifs violens ou répétés, et qui ne manqueraient pas d'ajouter à l'inflammation. On doit également s'en abstenir dans les cas de constipation, et même de rétention du méconium. On sait que, dans ce dernier cas, *Underwod* donnait le séné, le jalap, le calomel, l'huile de castoréum, etc.; *Rosen* se servait de l'électuaire de manne; *Armstrong* employait son vin antimonié. Mais aujourd'hui on administre aux nouveau-nés privés de colostrum, ou à ceux qui ne rendent pas

leur méconium après en avoir pris, de l'eau simplement miellée et tiède, ou un peu d'huile d'amandes douces, de sirop de chicorée ou de fleurs de pêcher, etc.; toute médication plus violente est propre à déterminer l'inflammmation des voies digestives, ou à l'accroître quand elle existe déjà.

Autopsie. Quand l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale se termine par la mort, comme il arrive souvent, l'ouverture des corps nous fait voir que cette inflammation chez le nouveau-né présente des modifications et des différences assez tranchées pour qu'on puisse en distinguer plusieurs espèces, qui sont :

1°. *Inflammation érythémateuse*, très-commune, caractérisée par une teinte rouge plus ou moins vive, générale ou partielle. Il n'existe aucun produit sécrété à la surface de la membrane enflammée; dans l'œsophage, l'estomac, les intestins, la rougeur est lisse, uniforme, sans élévation sensible, et ressemble à la rubéfaction de la peau provoquée par l'insolation ou par un épispastique. Cette rougeur existant isolément, sans sécrétion, sans altération de la membrane, ne doit pas toujours être regardée comme le résultat d'un travail inflammatoire; elle est souvent un effet passif dû à la stase du sang dans les vaisseaux capillaires. On rencontre souvent cet état chez les enfans morts de l'endurcissement du tissu cellulaire. La peau, ordinairement rouge, livide, présente un aspect analogue, et dépendant, sans doute, de la même cause. 2°. J'ai encore remarqué cette couleur chez les enfans qu'on n'avait ouverts en été qu'au bout de deux ou trois jours; elle était ici le résultat d'un commencement de putréfaction; dans ce cas, elle se développe de dehors en dedans, et c'est la portion transversale du colon qui l'offre la première. Mais ces rougeurs diffèrent de la rougeur inflammatoire en ce qu'elles ne sont point tranchées; elles sont tout à fait diffuses; elles occupent toute l'épaisseur du tissu, et sont souvent moins intenses dans la membrane muqueuse de l'intestin que dans sa tunique péritonéale, qui offre une teinte rougeâtre uniforme; en outre, d'autres circonstances concomi-

tantes servent encore à les faire distinguer. Cependant il est toujours vrai de dire que l'injection de la membrane muqueuse, prise isolément, est de toutes les conditions de l'organe malade celle qui mérite le plus de réserve, tant dans son appréciation que dans les conséquences qu'on veut en déduire, et que, chez les enfans surtout, ce serait se tromper que de la regarder toujours comme le résultat de l'inflammation.

2°. *Inflammation avec sécrétion blanche*, caractérisée par une matière blanche ou légèrement jaunâtre, étendue en nappe à la surface de la membrane muqueuse, à laquelle elle est peu adhérente. Cette matière a été comparée, par M. *Breschet*, à de la crême, ou à la pâte presque liquide employée dans les papeteries pour faire le papier. On pourrait la prendre pour du chyle, si la rougeur et l'altération de la membrane muqueuse qui en est enduite ne prouvait qu'elle est le produit d'une sécrétion morbide.

3°. *Inflammation avec exsudation de matière pultacée, lenticulaire.* C'est ce qu'on appelle le *muguet* ou *millet*. Ce muguet se présente sous la forme de petits points blancs ou jaunâtres, disséminés ou confluens, et formant des plaques sur la muqueuse enflammée. La sécrétion ponctuée qui forme le muguet a donc été à tort confondue avec l'éruption aphtheuse. La première repose sur l'épiderme, à la surface même de la membrane, à laquelle elle n'adhère que par sa plasticité propre; en sorte qu'après l'avoir enlevée, en râclant avec le scalpel, on trouve cette membrane intacte. Dans les aphthes, au contraire, il y a soulèvement de l'épiderme par le fluide que contient la vésicule aphhteuse, qui laisse souvent après elle une petite ulcération. Le siége principal du muguet est dans la bouche et l'œsophage : il forme souvent dans ce dernier conduit une bouillie jaunâtre et épaisse. Cette sécrétion disparaît nette au cardia, en sorte que le plus souvent elle n'existe pas dans l'estomac. Quand le muguet s'y rencontre, il paraît souvent y être tombé de l'œsophage, et il est flottant avec du liquide dans la cavité du viscère. Dans deux ou trois cas

cependant, le muguet avait réellement été sécrété par la muqueuse gastrique, à laquelle il adhérait sous forme de petits points blancs, granuleux, saillans, situés à l'extrémité splénique. On le trouve plus fréquemment dans les intestins grêles et gros, et surtout dans la portion transversale du colon. *Underwood* dit en avoir vu à la marge de l'anus. Je n'ai pas observé cela.

4°. *Inflammation avec ramollissement de la membrane muqueuse.* L'estomac ou l'intestin, examiné à l'extérieur avant de l'ouvrir, est blanc; privé de sang dans quelques points, il paraît transparent; vue à l'intérieur, la membrane muqueuse est d'un blanc sale ou grisâtre. Si on la touche avec le bout du scalpel, on s'aperçoit qu'elle n'est plus organisée, et que, dans toute son épaisseur, elle a subi un ramollissement tel, qu'on peut la comparer à de la colle ou à un mucus gélatineux, en sorte qu'elle s'écrase et s'enlève avec facilité sous la pulpe du doigt. Quelquefois cette altération désorganisatrice a envahi la tunique musculeuse, de telle sorte qu'en ces endroits l'estomac ou l'intestin est réduit à sa membrane péritonéale. Enfin, dans quelques cas, celle-ci même a subi le ramollissement; et l'on trouve, comme dernier degré de la maladie, des perforations plus ou moins grandes sur l'estomac ou l'intestin. A l'estomac, c'est l'extrémité splénique qui offre le plus souvent le ramollissement gélatiniforme; quelquefois on voit autour de la portion ramollie des traces d'inflammation bien évidentes; d'autres fois il n'en existe pas. Il en est de même de l'intestin, qui peut être ramolli en un ou plusieurs endroits continus ou séparés par des intersections où la muqueuse offre un état inflammatoire. *Voyez* l'ouvrage de M. *Cruveilhier*, qui le premier a décrit cette altération.

Au ramollissement de la muqueuse des voies digestives chez le nouveau-né, il faut joindre, par analogie, le rammollissement de la conjonctive dans l'ophthalmie; ramollissement quelquefois suivi de perforation, d'issue des humeurs de l'œil et du cristallin.

5°. *Inflammation avec perforation.* On rencontre parfois dans l'esto-

mac de petites taches jaunes, circulaires, dont la largeur varie depuis celle d'une tête d'épingle à une lentille, qu'on prenait d'abord pour des points enflammés correspondans aux follicules muqueux ; mais un examen attentif et le secours de la loupe ont prouvé à M. *Breschet* que c'était de véritables ulcérations, qui tantôt occupaient seulement la membrane muqueuse, d'autres fois intéressaient aussi la couche charnue ; enfin que, dans quelques cas, la perforation s'étendait sur tous les tissus de l'organe, et formait de petites ouvertures à bords coupés perpendiculairement et offrant une teinte jaune. Ces ouvertures semblent avoir été faites par un emporte-pièce très-petit. Le plus souvent on voit, avec cette altération, des traces d'un état inflammatoire sur divers points des voies digestives.

6°. *Inflammation avec des plaques.* Dans cet état, l'intestin offre à sa surface extérieure des taches blanchâtres, elliptiques, plus ou moins rapprochées, qui répondent à des plaques intérieures de même forme répandues sur la membrane muqueuse. Leur longueur varie depuis trois à quatre lignes jusqu'à deux pouces et demi. Elles sont ordinairement placées sur le bord libre de l'intestin, par conséquent opposées au mésentère. Leur surface est inégale, rugueuse, boursoufflée, et plus ou moins saillante au-dessus du niveau du reste de la muqueuse. Elles sont blanchâtres ou grises, parsemées de petits points noirs. Elles n'intéressent pas seulement la membrane muqueuse, puisqu'après l'avoir enlevée on voit encore leur empreinte ; elles paraissent occuper toute l'épaisseur du tissu, hormis la tunique péritonéale. Cette altération a principalement lieu dans les entérites chroniques. Elle est très-fréquente chez les nouveau-nés, et coïncide souvent avec le gonflement des ganglions mésentériques.

7°. *Inflammation avec ulcération.* Ces ulcérations se rencontrent principalement dans l'intestin grêle ; et elles deviennent de plus en plus nombreuses, à mesure qu'on se rapproche de la fin de l'iléon ou du cœcum, qui en est le siége le plus ordinaire. Elles sont ellipti-

ques ; leur longueur varie depuis deux pouces jusqu'à trois ou quatre lignes, et leur largeur d'un pouce à deux ou trois lignes : leur plus grand diamètre est toujours dans le sens de la longueur du conduit intestinal. Quelquefois la surface ulcérée paraît plutôt former un léger relief qu'une dépression ; elle est d'un rouge plus vif que la membrane muqueuse des parties voisines ; des vaisseaux capillaires, disposés en pinceaux, convergent sur plusieurs points de la circonférence de l'ulcération. Tantôt la surface est humide, granuleuse; tantôt elle paraît unie et chatoyante. Ce mode d'ulcération n'est jamais avec perforation.

Je viens de tracer les principales lésions que l'on trouve dans l'appareil digestif, quand les enfans ont présenté les signes extérieurs que j'ai indiqués en parlant de leur gastro-entérite. Je n'attache pas, à la vérité, une bien grande importance à signaler des différences dans les désordres que produit l'inflammation : d'abord, parce que cela n'influe pas beaucoup sur le traitement, et puis parce que ces différences ne peuvent pas être appréciées pendant la vie ; mais je les signale parce que ce sont des faits, et qu'il n'est donné à personne de poser des limites aux conséquences utiles qui peuvent être tirées d'une vérité reconnue, quel que peu importante qu'elle paraisse.

Puisse cet opuscule engager MM. les élèves à étudier les maladies des nouveau-nés, en leur persuadant que ces maladies sont en général très-obscures, et d'un diagnostic d'autant plus difficile qu'il s'applique aux enfans plus voisins de l'époque de la naissance. Il y a tant de différence entre les fonctions, les propriétés vitales et l'organisation même de ces petits êtres, qu'il est presque impossible de faire à leurs affections l'application des études qu'on n'a faites que sur les adultes et les adolescens.

C'est en cela que rien ne peut suppléer à l'habitude de voir ; or, cette habitude s'acquiert par la fréquentation, et mieux encore par le séjour dans les hôpitaux. C'est là que, comme dans un vaste arsenal, l'élève peut passer en revue et comparer les armes diverses

maniées par des mains habiles pour la destruction des maladies. Combien ne lui importe-t-il pas d'en bien connaître l'usage, d'en savoir apprécier la portée, et surtout le danger, afin de ne pas s'exposer, lorsqu'il devra les manier lui-même, à frapper au hasard, à porter des coups imprudens, et peut-être même à blesser celui que son ministère aurait dû guérir !

APHORISMI.

I.

Quicumque pueri parvi morbo sacro corripiuntur, plerumque intereunt. (Hipp., *de morbo sacro*, cap. 5.)

II.

Non omnes in dentibus convulsi intereunt, sed et multi sospites evadunt. (Hipp., *de dentitione.*)

III.

Circa autem duo tempora obnoxii convulsionibus reperiuntur infantes, scilicèt intra primum à partu mensem et circa dentium eruptiones. (Boneti, *Sepulchret.*, lib. 1, sect. 13, obs. 5.)

IV.

Cæterùm quod ad alendum infantem attinet, præcipuè prodest, si mater suo lacte infantem alat. (Rhodio, *de partu hominis.*)

V.

Pueris ut cæteris aliùs ætatis, nonnisi prudenter medicatio purgans decemi debet, sed major in illis cautio est adhibenda. (Ballon., *Epid. et ephem.*, lib. 2.)

VI.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. (Hipp., sect. 7, aph. 13.)